UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 — N° 97

LA FOLIE CARDIAQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1951

PAR

Claude MANGE

Interne à l'Hôpital Psychiatrique d'Auch (Gers)

Membres du Jury..... MM. P. MERIEL, *Président*; RISER, PLANQUES, DARDENNE, *Assesseurs*; GÉRAUD, *Suppléant*

TOULOUSE
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRESSION
1951

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL	MM. MERIEL	MM. RIBAUT
LAFFORGUE	VALLOIS	SERR, GARIPUY

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (N.)
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Path. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Stomatologie	CADENAT
Professeur à titre personnel	BAISSET
Chimie pharmaceutique	BLANC (Ch. de T.)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie	M. COULOUMA

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM. POULHES
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Botanique	Mme Dulucq-Mathou

AGREGES

Médecine	MM. DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT	Chirurgie MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie		DEODATI
Physique Médicale		MARQUES
Obstétrique		PONTONNIER
O. R. L.		CLAUX
Urologie		LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme Dulucq-Mathou
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiâtrie	GAYRAL
Physiologie	Laporte (Y.)
Histologie	PLANEL
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

LA FOLIE CARDIAQUE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549605_0090

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 — N° 97

LA FOLIE CARDIAQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1951

PAR

Claude MANGE

Interne à l'Hôpital Psychiatrique d'Auch (Gers)

Membres du Jury..... MM. P. MERIEL, *Président*
RISER
PLANQUES
DARDENNE
Assesseurs
GÉRAUD, *Suppléant*

TOULOUSE
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRESSION
1951

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Je dédie ce travail

A MA FEMME, A MON FILS

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES SŒURS ET FRERES

A MES BEAUX-FRERES

Avec toute mon affection.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MERIEL

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et climatologie
Médecin des Hôpitaux
Membre de la Société Française de Cardiologie

Avec tous nos remerciements pour les conseils qu'il nous a prodigué au cours de ce travail.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur RISER

Professeur de Clinique Neurologique
Membre titulaire de la Société Française de Neurologie

Monsieur le Professeur PLANQUES

Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur DARDENNE

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur GERAUD

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Avec nos sentiments de bien vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur P. LASSALLE

Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique départemental du Gers

Qui a su nous initier à la Psychiatrie,
en témoignage de notre attachement et de notre reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES DES FACULTES

DE MEDECINE DE TOULOUSE ET D'ALGER

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Une étude des manifestations psychiques des maladies du cœur n'est certes pas un sujet neuf; il suffit pour s'en convaincre de relire l'abondante littérature et les nombreuses thèses consacrées à ce sujet.

Mais si le sujet n'est pas neuf il n'a pas été à notre connaissance depuis déjà longtemps fait une étude d'ensemble sur les troubles mentaux liés aux cardiopathies. Seuls quelques articles ou observations isolés ont été publiés dans le courant de ce siècle.

Il nous semble donc intéressant de reprendre cette question aujourd'hui à la lumière des travaux modernes et des conceptions nouvelles de la médecine. D'autre part, l'orientation actuelle vers une synthèse physiologique et pathologique du corps et de l'esprit, en un mot d'une médecine psychosomatique, nous paraît une justification à notre sujet.

Notre but sera donc de tout remettre en question, de n'accepter à priori aucune affirmation, de tout critiquer pour essayer de voir ainsi si on peut vraiment isoler des troubles mentaux liés aux cardiopathies ou s'il s'agit simplement de syndromes classiques.

Avant de faire une étude des observations publiées, il nous semble intéressant de préciser ce point et avant tout de savoir si on peut en quelque sorte prévoir les manifestations mentales chez un cardiopathe en essayant de définir « la psychologie des cardiaques ».

Mais avant de pénétrer plus avant dans notre sujet, nous devons faire l'historique des travaux qui ont si largement contribué à notre étude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire de notre étude ne commence véritablement qu'au XIX[e] siècle illusuré dès son début par SENAC et CORVISART.

CORVISART, en 1806, le premier aborda franchement le sujet à propos des anévrismes; en effet, il divise les symptômes en trois degrés qui, au point de vue mental, sont : la céphalalgie, les éblouissements, la tristesse au premier degré; lipothimies, irritabilité, rêves effrayants au deuxième degré; anxiété; délire agité, impulsion au suicide au troisième degré.

Mais CORVISART, dans son étude, se borne à constater ces symptômes sans en rechercher la cause.

En 1818, NASSE essaye de prouver que les maladies du cœur peuvent être à l'origine de la folie.

Puis GHISLAIN, en 1826, pose la question : « Les maladies du cœur sont-elles dans l'aliénation mentale cause ou effet ? », mais il n'y répond pas lui-même. Il pense toutefois que la question est insoluble et il admet une interéaction réciproque du cœur sur le cerveau sans préciser davantage.

C'est ensuite SANCEROTE qui note la coïncidence des troubles intellectuels avec l'exagération des troubles cardiaques.

Mais il faut attendre 1852 avec MOREL (traité des maladies mentales) pour avoir une première notion sur la pathogénie de ces troubles : MOREL, en effet, introduit l'idée et insiste sur l'influence de l'état de la circulation : « L'accomplissement des fonctions du système nerveux, dit-il, est lié à la présence de la circulation de même que cette dernière fonction est intimement unie à l'existence du système nerveux. »

Mais la période la plus importante de cet historique débute en 1877, année au cours de laquelle le Professeur PETER publie dans une de ses cliniques plusieurs observations de délire à la période terminale des maladies du cœur. Il pense avec CORVISART que ce délire surtout nocturne est signe que la fin est proche.

En 1879, Germain SEE (traité des maladies du cœur) s'occupe des formes cérébrales des maladies du cœur surtout au point de vue traitement. Au cours de cette période les thèses sont fréquentes qui se placent sur les confins des systèmes circulatoires et nerveux.

Citons celles de HIRTZ, LIMBAU, CESBRON, BIGNON, MURATTE, D'ASTROS, LAURENT, FAUCONNEAU, et, en dernier lieu, celle de PITOIS (Lyon, 1906).

Ainsi, peu à peu le problème s'est circonscrit, on est arrivé à définir, délimiter une véritable entité. Particulièrement D'ASTROS qui affirme l'existence d'une « folie cardiaque » nom d'ailleurs mis en circulation par FAUCONNEAU dans sa thèse « De la folie d'origine cardiaque ou des troubles psychiques consécutifs aux maladies du cœur ». C'est ainsi que BALL lui-même, en 1890, fait à l'asile Saint-Anne une leçon clinique entièrement consacrée à la folie cardiaque.

Après la thèse de PITOIS en 1906 on trouve quelques articles isolés consacrés à la question, quelques publications.

Particulièrement une observation publiée par MM. SCHERRER et DEVALLET dans les annales médico-psychologiques de 1939 et surtout un remarquable article de M. M. BACHET (in journal de médecine et de chirurgie, septembre 1947, p. 161) sur les « troubles mentaux et cardiopathies ».

Ainsi, après avoir rapidement retracé cet historique nous pensons que les psychiatres ne nous en voudront pas du terme de folie qui a tant perdu de sa valeur et de son emploi aujourd'hui. Nous reprenons là un terme classique qui ne devrait plus être usité, notre « psychose » ayant largement dépassé la « folie ».

CHAPITRE II

Délimitation et définition de la folie cardiaque[1]

Comme l'implique le titre même de notre étude, nous nous limiterons aux troubles mentaux qui paraissent dus aux maladies du cœur proprement dites. Car il importe avant tout d'éliminer toute affection mentale survenant ou non chez un cardiaque mais non due à la cardiopathie.

Tout d'abord les troubles mentaux du rhumatisme articulaire aigu lorsqu'ils surviennent chez des malades dont les lésions évoluent ou se modifient. Ces troubles revêtent d'ailleurs alors l'aspect du délire aigu (encéphalite psychosique azotémique).

Il faut également éliminer toute maladie infectieuse à forme mentale et à localisation cardiaque (thyphoïde, septicémie, etc...).

De même les troubles mentaux de la maladie de BASEDOW, de toutes dysendocrinie qui peut avoir un retentissement cardiaque (myxœdème, psychose ovarienne; de castration, etc...).

Les troubles mentaux de l'anémie pernicieuse ne peuvent non plus entrer dans le cadre de notre étude.

Nous devons exclure aussi les troubles mentaux de l'artériosclérose avec ou sans hypertension artérielle, la folie brightique des cardio-rénaux, les troubles mentaux de la syphilis.

Le délire digitalique décrit par VULPIAN et DUROZIER est aussi à différencier des troubles mentaux de l'asystolie bien que certains auteurs en contestent la réalité. M. BACHET pense, en effet, que, dans la grande majorité des cas, les phénomènes confuso-oniriques appartiennent à l'asystolie plutôt qu'à l'intoxication digitalique.

(1) Nous avons fait le plus large emprunt pour la rédaction de ce chapitre à l'article de M. M. BACHET. Nous nous en excusons mais il était difficile de mieux délimiter le sujet que ne l'a fait M. BACHET.

Notre étude sur la folie cardiaque nous amène encore à éliminer l'étude des troubles cardiaques chez les mentaux, c'est qu'en effet ces troubles cardiaques qui sont, d'ailleurs le plus souvent du type fonctionnel, s'observent très fréquemment chez les aliénés. Mais pour pouvoir délimiter sûrement le problème, nous ne devons envisager que les troubles mentaux où seule l'étiologie cardiaque ne peut être retenue.

C'est ainsi que nous devons bien séparer les deux notions de psychose — qui fait l'objet de notre étude — et de névrose cardiaque. C'est qu'en effet les modifications cardio-vasculaires sont de règle dans les névroses et d'autre part dans les anxiétés de tout type les paroxysmes obsessionnels, d'après la terminologie employée par ces malades, se présentent souvent comme des cardiopathies.

Nous voyons ainsi qu'en resserrant de plus en plus le problème il nous faut pour arriver à définir la folie cardiaque deux facteurs :

D'abord celui de troubles mentaux, de psychose, ce que les anciens auteurs appelaient « folie ».

Ensuite un facteur étiologique net et précis : une cardiopathie organique correspondant à une lésion anatomique précise, durable, indépendante de tout facteur émotif.

Nous verrons qu'ainsi définie la « folie cardiaque » est relativement rare. Mais il semble délicat et difficile de pouvoir établir une statistique, c'est qu'en effet les statistiques anciennes réunissaient à la fois troubles végétatifs et lésions organiques, aussi est-il difficile d'en tenir compte.

Dans l'ensemble, les affections cardiaques rencontrees dans les asiles sont peut-être plus fréquentes qu'elles ne le sont au cours d'examens systématiques de sujets normaux. Mais, dans la plupart des cas, il est difficile d'établir un rapport direct entre la cardiopathie et la psychose.

Aussi est-il plus intéressant à notre point de vue d'étudier la psychologie et les troubles mentaux des cardiopathes des services de médecine générale et de cardiologie. Une telle étude nous a montré qu'un nombre considérable de cardiopathies évolue sans troubles mentaux et il n'est pas exceptionnel, comme le fait remarquer M. BACHET, de suivre une asystolie jusqu'à la phase ultime sans qu'apparaisse le moindre trouble mental.

Mais auparavant, il nous semble important, pour mieux nous pénétrer de notre sujet, d'étudier les rapports cœur-cerveau du point de vue physiologique et pathologique.

CHAPITRE III

Le cœur et le cerveau

Les deux organes culminants de la machine vivante, a dit Claude BERNARD, entretiennent des rapports incessants d'action et de réaction.

Il y a donc une action du cerveau sur le cœur, action qui n'est niée par personne comme faisant partie de la physiologie classique.

Mais l'action du cœur sur le cerveau est beaucoup moins apparente, c'est celle qui nous occupera et avant de savoir si elle est réelle nous allons étudier comment elle est possible.

Nous allons donc passer en revue les troubles causés dans la marche du sang se rendant au cerveau par chaque affection cardiaque.

Nous aborderons tout d'abord les affections valvulaires:

Au cours de l'insuffisance mitrale le cœur se surmène pour envoyer à chaque systole le sang dans l'aorte. Mais à chaque contraction, une partie de ce sang reflue dans l'aorte, il en résultera donc tout d'abord un surmenage cardiaque qui se traduira par une hypertrophie, et ensuite un engorgement du sang veineux qui se traduira par des congestions viscérales; le cerveau n'y échappe pas, nous aurons donc stagnation et œdème, ce qui est d'ailleurs vérifié à l'autopsie.

Dans le rétrécissement mitral l'oreillette à chaque présystole n'arrive pas à fournir au ventricule la quantité de sang suffisante, il en résultera donc aussi une stase veineuse qui sera surtout marquée dans le poumon mais aussi dans le cerveau, quoique à un degré moindre; il y aura en outre au cerveau un apport artériel plus faible.

L'insuffisance aortique peut tenir à un processus intérieur : maladie de Corrignan, ou extérieur au cœur : maladie de Hodgson. Le cœur consacre dans ces deux cas tous ses efforts à lancer le sang dans une aorte qui le laisse re-

fluer. Il y aura dans ce cas une mauvaise circulation artérielle, plus exactement une véritable anémie viscérale; dans le cerveau aussi le sang sera diminué en quantité.

Il en sera de même, si ce n'est plus encore, dans le rétrécissement aortique : ischémie cérébrale plus ou moins prononcée.

Le cœur droit nous retiendra moins longtemps car, d'une part, ses affections sont beaucoup plus rares, d'autre part bien moins souvent primitives que les précédentes.

Dans l'insuffisance tricuspidienne la congestion viscérale est telle que les lésions pulmonaires et surtout hépatiques viendront masquer la congestion cérébrale si elle existe et il sera alors difficile de faire la part de ce qui revient au foie ou au cerveau dans la genèse des états qui nous préoccupent.

Le rétrécissement du même orifice étant une des affections les plus rapidement mortelles, il sera difficile d'observer les troubles psychiques au cours de cet état.

Quant à l'insuffisance et au rétrécissement pulmonaires qui sont d'ailleurs très rares, ils ne se manifestent guère que par de la stase veineuse.

De toutes ces données classiques que nouvons-nous tirer ?

Que les affections valvulaires ne retentissent en gros sur l'encéphale que de deux manières : par congestion ou par ischémie. Il en résulte schématiquement au point de vue clinique deux types de malades : d'une part le congestionné, le veineux, d'autre part l'anémique, l'artériel.

Cette distinction ancienne et classique est forcément schématique à l'extrême, car il va sans dire que nous aurons rarement ces types à l'état pur et que, d'autre part, nous pourrons observer tous les termes de passage entre ces deux états.

Ces deux types « somatiques » donnent-ils deux ordres de troubles psychiques différents ? C'est ce que nous essaierons de voir par la suite.

Mais auparavant il importe encore de revenir sur un point.

« Il faut, comme le dit LAUBRY, savoir distinguer dans les manifestations cérébrales des cardiaques celles qui dépendent directement de l'insuffisance ventriculaire de celles qui n'ont avec elle que des rapports indirects; dans cette dernière catégorie nous rangeons : les troubles dus à un vice de circulation protopathique du cerveau (artério-sclé-

rose, hypertension artérielle); les réveils de psychoses et du fond mental qui évoluent pour leur propre compte mais qui sont déclenchés par l'insuffisance ventriculaire; enfin les intoxications provoquées par l'abus des médicaments toni-cardiaques ou calmants de toute nature. Ces désordres éliminés, on ne saurait méconnaître qu'à elle seule, par la congestion ou l'œdème cérébro-méningé, par l'hydropisie ventriculaire, par l'état d'acidose, par les phénomènes toxiques dépendants des insuffisances viscérales, l'insuffisance ventriculaire ne soit responsable d'un certain nombre de troubles... »

Telles sont, tout au moins, les conceptions pathogéniques classiques sur la genèse de la folie cardiaque.

Mais, une première critique s'impose. La folie cardiaque est très rare : nous pouvons en effet observer bon nombre de cardiaques arrivant jusqu'au terme ultime, qui ne présentent jamais de troubles mentaux. Et pourtant il semble que les lésions doivent être les mêmes chez tous. Force est donc de faire intervenir autre chose que ces facteurs purement mécaniques.

L'hérédité ? facteur si souvent invoqué dans les états où notre ignorance ne nous permet pas de mieux comprendre la pathogénie ! Il est difficile d'accepter ou de rejeter ce facteur sans soulever de grands problèmes, en particulier au point de vue mental.

Le terrain ? encore une explication verbale... « on finit par créer ainsi une sorte de remise qui sert à loger sans aucun effort d'esprit tous les cas embarrassants dont la définition est difficile à formuler » disait BALL.

Mais, force nous est — avec BALL d'ailleurs — d'admettre un certain terrain, une certaine prédisposition mentale en attendant de savoir exactement ce que nous entendons par là...

PETER, d'ailleurs, admettait aussi « la facile excitabilité du cerveau de ces individus ».

Parmi les causes prédisposantes on peut citer les traumatismes crâniens, l'insolation, les maladies antérieures à forme mentale, etc...; de même les causes morales, les chagrins prolongés et la surprise d'un événement pénible et inattendu...

Nous devons donc, au point de vue pathogénique, donner une explication plus générale, moins précise, mais beaucoup plus sûre : nous dirons simplement qu'il y a modifi-

cations de la circulation cérébrale. Ces modifications étant d'ailleurs capables, à elles seules, comme l'ont montré les remarquables travaux de H. BARUK et ses collaborateurs sur cette question, de produire des troubles mentaux.

Mais s'il s'agit de modifications de la circulation cérébrale, nous devons préciser qu'on ne peut les comparer aux accidents emboliques, hémiplégiques ou aphasiques.

Peut-être s'agit-il d'une modification chimique du sang ? Une diminution de l'oxygène des cellules cérébrales a été par exemple accusée d'être la cause du délirium trémens.

PETER admet une hyperhémie du cerveau dont les couches corticales ne peuvent s'hyperhémier sans troubles de la pensée.

L'existence d'un facteur infectieux paraît beaucoup plus fréquemment en cause. Les résultats obtenus par le Professeur DELAY grâce à la penicilline dans certains états confuso-oniriques survenus sans cause apparente plaident dans ce sens.

D'autre part, LAIGNEL-LAVASTINE et GILBERT-BALLET dans un rapport au Congrès de Médecine de Lisbonne insistaient sur le rôle de l'insuffisance hépatique dans la génèse de ces états.

Nous devons signaler une belle observation parue dans « Der-Nervenarzt » de 1940, dont nous reparlerons plus tard et dans laquelle des contrôles histologiques ont montré des plaques de démyélinisation cortico sous corticale présentant une disposition périvasculaire très nette.

Nous voyons que les hypothèses pathogéniques sont nombreuses, nous sommes donc contraints d'invoquer plusieurs facteurs surajoutés. Parmi ces différents facteurs pouvons-nous parler de facteurs psychologiques ? Y a-t-il une psychologie des cardiaques spéciale ? Cette psychologie nous permet-elle de prévoir des troubles mentaux éventuels ?

Ainsi que l'affirmait HUCHARD « les cardiopathes sont-ils prédisposés encore aux accidents cérébraux par suite de leur état mental particulier » ?

C'est ce que nous allons essayer de voir maintenant.

CHAPITRE IV

État mental des cardiaques

Il importe avant tout de préciser une fois de plus que nous n'avons étudié au point de vue mental que les cardiaques purs indemnes de toute autre lésion cliniquement décelable. Nous avons donc éliminé tous les cas où l'examen clinique ou le laboratoire nous apportaient des preuves de lésions diverses, rénales par exemple.

D'autre part nous n'avons examiné que des cardiaques dont le diagnostic clinique avait été contrôlé par l'électrocardiogramme.

Il va sans dire que ce faisant nous diminuons fortement le nombre de cas à observer. Mais il nous a paru indispensable d'agir ainsi ayant défini la folie cardiaque comme un syndrome ou aucune autre étiologie ne pouvait être retenue.

Nous ajouterons aussi que nous n'avons observé que des cardiaques pris dans les services de cardiologie ou de médecine générale.

Nous avons ainsi essayé de contrôler les travaux anciens faits à ce sujet avec nos résultats personnels et c'est cet ensemble que nous voudrions tenter d'exposer maintenant.

C'est en reprenant la division esquissée au chapitre précédent — division très schématique et forcément arbitraire — en « veineux » porteurs de lésions à prédominance mitrale et en « artériels » porteurs de lésions à prédominance aortique que nous espérons atteindre notre but.

Voyons tout d'abord les malades porteurs de lésions à prédominance mitrale; disons d'emblée que ce que nous avons rencontré chez la majorité des malades porteurs de telle lésion c'est avant tout une certaine lenteur de l'idéation, une certaine viscosité de la pensée, du cours des idées. Au fond pas autre chose qu'une très légère, minime confusion mentale.

Ce caractère a d'ailleurs été très fréquemment souligné par les anciens auteurs et TEDERBAUM pensait que « l'hyperhémie passive de l'insuffisance mitrale est cause d'une dépression mentale aboutissant progressivement à la mélancolie simple ou agitée ».

Mais il ne nous a pas été donné d'observer de syndrome mélancolique chez aucun de nos malades. Il semble toutefois logique au point de vue psychopathologique de penser que la lenteur de l'idéation peut à un degré de plus amener le malade à la confusion.

Il est aussi un signe que nous avons très souvent rencontré, c'est la somnolence post-prandiale.

Par contre, l'insomnie nocturne signalée par BARRIE, n'est pas constante quoique assez fréquente.

Assez souvent nos malades nous ont déclaré avoir un sommeil agité, le plus souvent entrecoupé de rêves pénibles, de cauchemars; un de nos malades nous a parlé des « rêves terrifiants » classiques, mais si les rêves terrifiants, les « visions d'objets enflammés », les sensations vertigineuses nous ont paru très rares, nous avons noté cependant, dans la plupart des cas, une certaine anxiété, une certaine angoisse, plus importante le soir d'ailleurs.

« Dans les maladies du cœur, dit LASEGUE, et particulièrement dans les lésions mitrales, le sommeil est troublé par la peur, par de l'anxiété, par de l'angoisse non respiratoires et des hallucinations visuelles. Mais le cardiaque reste dans le vague, il ne précise pas et malgré ses efforts n'arrive pas à donner corps à ses hallucinations. Ces cauchemars sont courts, effrayants, avec sensation de mort prodhaine. Les scènes de meurtre y reparaissent souvent avec vision d'objets enflammés, sensation de chute, de blessures reçues. Le réveil a lieu en sursaut. »

Constantin PAUL précise en ajoutant que le malade croit tomber dans des précipices, se voit attaquer sans pouvoir se défendre.

Pour SANCEROTTE, on voit assez souvent coïncider avec des exarcerbations momentanées des troubles cardiaques un retour progressif des tendances hypocondriaques, d'idées systématisées bizarres, d'illusions des sens et d'hallucinations le plus souvent de nature terrifiantes.

Il est certain que beaucoup de ces malades se découragent assez facilement « se livrent à l'ennui » comme le remarque DASTROS.

Personnellement, nous pensons que là s'arrête le fond mental commun aux cardiaques de cette catégorie. Et pourtant, classiquement, les anciens auteurs avaient observé d'autres signes.

Ainsi, pour EDGERLEY, il y a de la dépression avec irritabilité, tendance aux soupçons, idées de persécution, spoliation, empoisonnement. Si le cas devient grave, survient fréquemment la tendance au suicide (BALLET).

MOREL insistait d'ailleurs sur « la concomitance des exacerbations dans les troubles psychiques avec les exacerbations dans les troubles cardiaques. »

Ainsi, ROMBERG, dit semblablement avoir soigné une femme qui, alors qu'elle éprouvait au cœur une violente douleur iradiée gauche, se sentait des impulsions au meurtre.

Le Docteur CULLERE, maître de D'ASTROS, qualifiait les mitraux d' « impulsifs dangereux ».

Mais nous sommes là à la limite du pathologique et du psychologique et nous nous sommes proposés dans ce chapitre d'étudier l'état mental des cardiaques.

Voyons donc la seconde catégorie de cardiaques : les artériels : « Au début de l'insuffisance aortique, dit encore EDGERLEY, la mentalité du malade est identique à celle qu'on observe après une hémorragie : c'est une fatigue paradoxale car elle s'accompagne de besoin de mouvement, loquacité, perte du contrôle. »

LAUBRY, par ailleurs, dans son traité de pathologie interne, signale les modifications du caractère « qui devient facilement irritable, impulsif, passant d'une extrême à l'autre et instable. »

Personnellement, ce qui nous a paru le plus frappant chez les « artériels », c'est une hyperémotivité marquée qu'avait d'ailleurs observée SANCEROTTE. « Observés de près, ces malades s'émeuvent à la moindre impression, ils pleurent en vous racontant leurs maux, un regard les trouble, un mot les déconcerte, ils se laissent emporter à la fougue d'une première impression ou d'une colère irréfléchie. »

Nous avons, par ailleurs, noté quelquefois cette loquacité, ce caractère variable et capricieux, cette mobilité d'esprit, cette hypomanie en somme signalée par les an-

ciens auteurs. Mais ce caractère ne nous a pas paru assez général pour en faire un véritable critère.

ARMAINGAUD et D'ASTROS ont insisté sur les troubles particuliers de la maladie de CORRIGAN en les qualifiant « d'hystéricisme » n'osant pas les assimiler tout à fait à « la grande névrose ».

« La plupart des observations font allusion à la céphalée, aux vertiges, aux éblouissements, aux gastralgies, aux accès de douleur solaire, signes qui figurent actuellement dans tous les traités de cardiologie comme étant la symptomatologie fonctionnelle de la maladie et qui sont souvent attribués aux battements anormalement amples des artères. Retenons cependant la variabilité de l'humeur, les troubles du caractère, l'exagération de l'émotivité, la susceptibilité, l'anxiété. » (M. M. BACHET.)

Les accidents de l'insuffisance aortique seraient plus graves quand la maladie est généralisée, c'est-à-dire pour une maladie d'HODGSON. Les douleurs donnent lieu fréquemment à des sensations extraordinaires pour le malade, d'où la production pour ainsi dire d'hallucinations internes.

« Tous les aliénistes connaissent le cas de cette malade qui se plaignit durant toute sa vie d'un animal qui lui rongeait la poitrine; à l'autopsie on trouva un rétrécissement très prononcé d'un des orifices du cœur. » (ROUBINOVITCH).

Par ailleurs DEVENTER signale des hallucinations auditives synchrones avec les bruits du cœur.

Quant aux accidents cérébraux liés à l'insuffisance aortique, ils consistent, d'après BARIE, en des étourdissements très fréquents avec sensation de vertiges, céphalées, insomnie tenace traversée par des bourdonnements d'oreilles et des éblouissements.

A propos des porteurs d'anévrisme, PITOIS affirme que « le malade ne pourra être le même mentalement parlant suivant qu'il sait ou ne sait pas qu'il a une telle lésion ».

C'est ainsi que le malade qui sait se laisserait plus facilement décourager, se résoudrait à l'à quoi bon, se résignerait avec cependant parfois des accès de révolte.

Par contre, les cardiaques qui ne savent pas seraient plus à la merci d'illusions et même d'hallucinations : ils se croiraient plus volontiers malades de tout autre organe que le cœur.

Nous ne voudrions pas clore cette étude de la psychologie des cardiaques sans parler des malades à pouls lent permanent. Tout d'abord parce que COSSE rapporte une observation de malade qui, lorsque son pouls battait à 40, était à demi mort, à 50 mélancolique, à 70 parfaitement raisonnable, à 80 maniaque. Observation qui tendrait à montrer l'importance du pouls dans la pathologie mentale.

Ensuite parce qu'il nous a été donné d'observer un beau cas de pouls lent permanent chez une malade dont la psychologie semble tout à fait différente de l'observation de LASEGUE, dans laquelle le malade présentait un délire de persécution à thème de jalousie qui avait été précédé d'un état taciturne. En effet, notre malade présentait en même temps qu'une certaine émotivité, une loquacité avec versatilité et instabilité telle que le placement à l'hôpital psychiatrique était envisagé.

Cette observation est un exemple frappant de la conclusion que nous pourrions tirer de cette brève étude, la grande discordance des caractères observés et en tout cas la grande diversité, semble-t-il, de la psychologie des cardiaques.

Car si CULLERE fait des aortiques des versatiles et des mitraux les plus dangereux des impulsifs, pour D'ASTROS les aortiques sont surtout des excités et les mitraux des déprimés.

Aussi paraît-il difficile de conclure positivement au sujet de la psychologie des cardiaques veineux et artériels.

Personnellement, nous admettrions plus volontiers le point de vue de D'ASTROS. En effet, d'après nos recherches, il nous a semblé que le seul caractère que l'on peut opposer dans chaque catégorie serait, chez les premiers, un certain ralentissement de l'idéation, par contre une idéation plutôt accélérée chez le second.

Ainsi, théoriquement, il semblerait qu'à l'occasion des exacerbations cardiaques ces deux bases de la psychologie des cardiaques devraient à un degré de plus donner avant tout, dans le premier cas, des syndromes mélancoliques ou confusionnels et, dans le second, des syndromes maniaques.

Ou bien, seconde hypothèse, observerons-nous des syndromes tout à fait nouveaux ?

Mais, auparavant, nous devons en passant insister sur un caractère qui nous a paru très fréquent chez les cardiaques : l'hyperémotivité. Les cardiaques s'attendrissent

non seulement sur leurs propres malheurs mais aussi sur le malheur des autres, ce qui leur donne une physionomie empreinte de sympathie et de cordialité. Ils sont d'ailleurs souvent bons, affectueux, compatissants et obligeants.

Les troubles de la sensibilité morale entraînent en outre a bref délai des troubles de la volonté. La façon dont réagissent les malades est en rapport à la vivacité de l'impression qu'ils ont éprouvée, de sorte qu'on les voit fréquemment commettre des actes violents pour des raisons futiles : c'est qu'alors la contrariété a été vive bien qu'injustifiée.

Au fond la psychologie des cardiaques est le reflet de leurs oppressions et de leurs sensations douloureuses. Il est certain que le caractère angoissant des algies cardiopatiques retentit profondément sur le moral du malade au point de lui enlever toute confiance en soi, toute activité, de lui interdire toute occupation, tous projets, toutes joies qui pourraient lui conserver le goût de la vie.

Et, pour conclure, nous voudrions reproduire deux extraits du traité de pathologie interne de LAUBRY à propos de la semeiologie fonctionnelle du cœur :

« ... Souvent la répétition fréquente de ces algies entraîne un état de mal cardiothoracique... qui s'accompagne d'inquiétude et engendre presque à coup sûr une irritabilité psychique particulière. Le trouble mental ainsi créé résiste le plus souvent aux assurances les plus formelles et les plus autorisées de l'intégrité du cœur et contribue, dans une large mesure, à entretenir la souffrance et à en exagérer l'importance. »

Et par ailleurs « l'anomalie de ces chocs (les palpitations), l'impression consciente d'un cœur qui bat avec une violence inaccoutumée, fixe et accapare pour soi seul le psychisme du sujet ».

CHAPITRE V

Étude des observations

Nous reproduisons ici bon nombre d'observations publiées à propos de la folie cardiaque. Toutes ces observations sont prises dans la littérature médicale, sauf une personnelle, étudiée avec M. P. LASSALLE, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique départemental du Gers.

En réunissant toutes ces observations nous avons avant tout recherché la variété. Car notre but est, dans cet ouvrage, de savoir si on peut vraiment isoler une folie cardiaque ou tout au moins deux types de troubles mentaux correspondant aux deux types de cardiaques que nous avons décrits.

Nous avons jugé préférable, pour la commodité de l'exposé, de critiquer chaque observation séparément sitôt après la présentation de chacune d'entre elles.

I. — OBSERVATIONS DES MALADES ATTEINTS DE LESIONS MITRALES

OBSERVATION N° 1 (PITOIS)

Ménagère de vingt-deux ans, entrée pour des douleurs générales et abdominales, rien dans les antécédents si ce n'est la syphilis du père.

Appareil circulatoire : situation et choc du cœur normaux, premier bruit prolongé et un peu soufflant.

A l'appendice xyphoïde, deuxième bruit éclatant. Souffle systolique doux le long du sternum au deuxième espace intercostal gauche.

Etat mental : délire cénestopathique : « Ce n'est pas à ce cœur là que vous trouverez mon mal, c'est à l'autre... »

et d'autoaccusation : « Je suis une voleuse et une empoisonneuse... ». Délire hallucinatoire nocturne : croit voir son mari dans la salle.

L'état de la malade s'améliore rapidement jusqu'au moment de sa sortie.

Critiques : Si les troubles sont décrits très objectivement, on ne peut savoir à la lecture de cette observation quel était l'état mental de la malade auparavant, à quand remontent les premiers troubles cardiaques. Il y a simplement concomitance certaine, mais peut-on vraiment incriminer l'étiologie cardiaque ?

OBSERVATION N° 2 (GILBERT ET RATHERY)

Homme de cinquante-quatre ans, chétif et malingre, nombreux signes de dégénérescence; mère cardiaque décédée à soixante-dix-huit ans.

Cœur : Rétrécissement mitral pur.

Etat mental : Très bavard, parlant vite, zézayant, très occupé de sa personne; ventant ses qualités réelles et imaginaires.

Critiques : Il n'y a pas de troubles mentaux à proprement parler et on ne peut incriminer le cœur d'être la cause de cet état mental particulier.

OBSERVATION N° 3 (PITOIS)

Homme de cinquante-huit ans, hospitalisé déjà auparavant pour accidents asystoliques avec endocardite, attaques de RAA antérieures, alcoolisme probable.

Signes physiques : Sténose mitrale certaine, anasarque, albuminerie.

Etat mental : Loquacité, agitation surtout nocturne avec délire.

A chaque séjour à l'hôpital, on note une période de troubles délirants conditionnés par les troubles asystoliques, troubles délirants particulièrement marqués au cours de la résorption de l'œdème.

Critiques : On ne peut en déduire que l'exacerbation mentale coïncidant avec l'exacerbation des troubles cardiaques.

OBSERVATION N° 4 (LAURENT)

Femme de cinquante-huit ans, célibataire, pas de renseignements sur les antécédents.

Signes physiques : Insuffisance mitrale, matité et râles fins des deux bases pulmonaires; œdèmes malléolaires, ni sucre ni albumine.

Etat mental : Délire hallucinatoire cénestopathique de persécution : est poursuivie par toutes sortes de bêtes depuis qu'on lui a jeté un sort, agitation nocturne, insomnie.

Critiques : Ici encore concomitance des troubles mentaux et cardiaques, mais on ne peut en faire un rapport étiologique.

OBSERVATION N° 5 (PITOIS)

Religieuse de quarante-six ans, père mort à soixante-huit ans d'hémorragie cérébrale, quatorze frères et sœurs, dont quatre morts en bas-âge, typhoïde a huit ans, sujette à s'enrhumer l'hiver, pas de rhumatismes, essoufflement habituel; dyspnée d'effort intermittente plus accentuée aux périodes menstruelles, rétrécissement mitral certain.

Fond mental : Très équilibrée, jugement accompli, esprit très large sans scrupules ni aucun travers mental, ne montra jamais d'exaltation religieuse, humeur très égale, a toujours eu une terreur insurmontable lorsqu'elle est seule la nuit.

Première ébauche de décompensation à quarante ans, traitée par digitale, on note quelque temps après une légère mélancolie.

A quarante-quatre ans, après une période de surmenage intense, dyspnée d'effort accrue; à ce moment, une première hallucination à caractère ordurier avec attaques contre la religion; ces hallucinations réapparaissent toutes les nuits pendant deux mois; est traitée par la digitale. Une crise d'œdème aigu pulmonaire, trois crises d'asystolie.

A quarante-six ans, chaque période menstruelle fait revenir avec des troubles circulatoires des idées de persécution auxquelles s'ajoute un délire d'indignité. Des paroxysmes amènent encore des idées de suicide.

Les crises commencent quatre à cinq jours avant les règles et durent trois ou quatre jours après; la dernière fût si intense que la malade fût internée en maison de santé.

Critiques : Il y aurait dans cette observation un très

beau cas de folie cardiaque si les troubles mentaux n'étaient pas rythmés d'une façon si absolue par les époques menstruelles; il est néanmoins probable que les troubles circulatoires accrus par les règles sont cause de ce délire.

OBSERVATION N° 6 (LAURENT)

Homme de cinquante-neuf ans, délire hallucinatoire de persécution datant de deux ans, réactions de défense très dangereuses qui nécessitent son internement : « Son patron a construit une machine pneumatique qui l'oppresse, l'essouffle, et avec laquelle on veut lui ôter la vie... »

Bruit de souffle à la pointe au premier temps se traduisant par les oppressions, traité à plusieurs reprises par la digitale, le café, l'opium, ce malade n'a pas présenté d'amélioration.

Critiques : On ne peut parler ici de folie cardiaque; il n'y a encore une fois que concomitance; d'autre part, on ne peut savoir si l'état cardiaque a été ou non amélioré; l'épreuve thérapeutique a été négative sur le syndrome mental.

OBSERVATION N° 7 (FABRE)

Au cours d'une insuffisance mitrale remontant à plusieurs années et coïncidant avec des phénomènes d'asystolie d'œdème des membres inférieurs et des poumons, ce malade a présenté à plusieurs reprises des troubles non pas de l'intelligence mais du caractère : irritabilité très grande, mélancolie, avec tendance aux terreurs religieuses, impulsions au suicide.

Avec l'asystolie et surtout avec l'angoisse cardiaque, avec la gêne de la circulation et surtout le sentiment de cette gêne, les troubles moraux ont apparu et disparu à plusieurs reprises, de sorte que les deux ordres de phénomènes étaient évidemment liés l'un à l'autre... mais l'influence de l'angoisse chez ce sujet névropathique était prédominante.

Dans ce cas, l'administration combinée de digitale et morphine guérit chaque crise.

Critiques : Il y a malgré la critique de l'auteur une nette concordance des troubles cardiaques et mentaux, quelle qu'en soit la pathogénie. D'autre part, le critère thérapeutique permet de parler ici de folie cardiaque.

OBSERVATION N° 8 (PETER)

Malade affecté de rétrécissement et insuffisance mitrale. L'administration de la digitale a amené 40 pulsations à la minute; la nuit, agitation intense avec hallucinations visuelles.

Critiques : Il s'agit plutôt là d'une intoxication digitalique.

OBSERVATION N° 9 (PETER ET G. SEE)

Il s'agit d'un homme de soixante ans, qui avait occupé en Belgique une assez haute situation politique, porteur d'une lésion de l'orifice mitral. Ce malade, infiltré par les jambes et les poumons, en proie à tous les accidents de l'asthénie cardiovasculaire, a eu, pendant près de 48 heures, une véritable attaque d'aliénation mentale : lui, qui ne pouvait quitter son fauteuil ou son lit, se lève tout à coup, s'habille et sort en voiture pour aller à la Chambre : il se croyait en Belgique. Et ainsi, deux jours de suite, il fit le tour des Champs-Elysées sous prétexte d'affaires politiques, étonnant son entourage par l'abondance de sa diction qui contrastait avec sa taciturnité habituelle de malade. Puis, après cette période d'excitation, il retomba dans le colapsus en recouvrant toute sa lucidité ordinaire d'esprit et mourut quinze jours plus tard.

Critiques : Cette observation n'est pas très précise, mais nous avons affaire là à un véritable état confuso-onirique, il semble que nous pouvons parler de folie cardiaque.

OBSERVATION N° 10 (BALL)

Homme de vingt-huit ans, insolation et dysentérie antérieures (aux colonies) quelques douleurs rhumatismales dans le genou, le coude et la hanche gauche.

Signes physiques : Lésion mitrale certaine, pas d'œdème, pas de signe de congestion pulmonaire; pas d'hépatomégalie, mais de temps en temps vertiges, éblouissements, tintements d'oreilles.

Etat mental : Depuis deux ans dépression morale profonde; depuis deux mois surtout les troubles intellectuels se sont accentués : impulsion au suicide ou au meurtre; ces impulsions sont toujours accompagnées ou précédées de vio-

lentes palpitations avec une constriction douloureuse de la poitrine et une dyspnée intense... ces accidents disparaissent lorsqu'il se couche sur le dos en position horizontale... depuis son entrée à l'hôpital, cet homme est amélioré par l'influence du repos et de la digitale.

Critiques : Il n'est pas fait mention de l'état cardiaque depuis l'exarcerbation mentale, mais, cette observation étant de BALL, nous pouvons croire en une folie cardiaque.

OBSERVATION N° 11 (BALL)

Femme de soixante-quatre ans, dont l'histoire est inconnue.

Signes physiques : Lésion mitrale certaine, face vultueuse, lèvres cyanosées; pas d'œdème.

Etat mental : Insomnie nocturne avec agitation et confusion mentale; chaque fois qu'elle est menacée d'un accès elle prévoit la crise annoncée par de violents battements de cœur et un besoin impérieux de mouvements... est devenue beaucoup plus calme sous l'influence de la digitale, cependant insomnie totale, ne reste pas en place, parle beaucoup... pas d'hallucination.

Critiques : Il s'agit là d'excitation maniaque que l'on peut sans doute mettre sur le compte des lésions cardiaques, l'épreuve thérapeutique en est d'ailleurs une confirmation.

OBSERVATION N° 12 (D'HOTMAN DE VILLIERS)

Bonne à tout faire de quarante-huit ans, aucun antécédent héréditaire, mariée à dix-sept ans, a eu quatre enfants, dont un mort du croup et les trois autres en bonne santé.

A eu antérieurement plusieurs crises de RAA.

Signes physiques : Insuffisance mitrale certaine.

Evolution : A l'occasion d'une exarcerbation cardiaque tendant à l'insuffisance, un délire de persécution s'installe très actif; il fut amélioré par le bromure de potassium et la digitale en une douzaine de jours pour disparaître complètement. Huit jours après sa sortie de l'hôpital rechute cardiaque accompagnée de rechute mentale.

Critiques : Nous pensons pouvoir admettre cette observation dans le cadre de la folie cardiaque, l'évolution cyclique et parallèle des troubles cardiaques et mentaux étant assez caractéristique.

OBSERVATION N° 13 (FAUCONNEAU)

Homme de cinquante-quatre ans, célibataire, une sœur mélancolique, caractère de base mélancolique; étant soldat, choléra et fièvre thyphoïde à forme cérébrale, traumatisme crânien frontal.

Il y a cinq ans deux attaques consécutives de RAA.

Production de troubles spéciaux, caractère grincheux irritable, triste, la nuit il voyait des flammes, des grosses araignées. Pour chasser ces idées noires il s'adonnait à la boisson dans la journée; puis vinrent aussi des idées de persécution avec hallucinations professionnelles, une tentative de suicide le fit interner. Après traitement par le bromure et les bains, amélioration.

Critiques : Il s'agit là d'une crise confusonirique avec délire de persécution d'origine éthylique classique qui n'a sans doute rien à voir avec l'atteinte cardiaque, puisque la cédation psychique a été obtenue sans cure tonicardiaque, mais simplement après internement, c'est-àdire après sevrage.

OBSERVATION N° 14 (SCHERRER ET DEVALLET)

Résumé : Femme de quarante-cinq ans, dont les antécédents héréditaires et personnels sont indemnes de tout accident vésanique, présentant depuis deux ans des troubles fonctionnels cardiovasculaires liés à un rétrécissement mitral très important, datant probablement de l'adolescence.

A l'entrée de la malade (quatre jours après le début des troubles mentaux) deux ordres de symptômes : Au point de vue psychique : agitation maniaque atypique avec appoint confusionnel; au point de vue somatique : un train de fièvre, des signes pleuropulmonaires, une dyspnée importante et des signes d'atteinte générale grave, ensemble symptomatique correspondant selon toute vraisemblance aux infractus les plus anciens et aux premières réactions pleurales. Au bout d'un mois de traitement, l'application d'une nouvelle thérapeutique tonicardiaque amène une sédation à la fois psychique et somatique, mais l'atteinte cardiaque est sévère et, après quelques jours de rémission, un tableau asystolique se constitue et parallèlement se développent les troubles du caractère et des idées de persécution.

Finalement, un volumineux infarctus pulmonaire sur-

vient signalé par une grosse poussée thermique et des hémoptisies suivies rapidement par la mort de la malade.

Critiques : Nous pensons, avec MM. SCHERRER et DEVALLET, que « le parallélisme des deux ordres de symptômes psychiques et sommatiques chez une cardiaque ancienne, l'obéissance des troubles psychiques à la thérapeutique tonicardiaque, enfin la gravité même des troubles cardio-vasculaires, sont autant d'arguments en faveur de l'étiologie cardiaque de cette psychose ».

OBSERVATION N° 15 (PERSONNELLE)

D... Joseph, soixante-six ans, entré le 11 juillet 195... à l'hôpital psychiatrique départemental du Gers.

Antécédents : Pére inconnu, mère décédée cardiaque, un frère et une sœur en bonne santé; aucun antécédent personnel remarquable.

Histoire de la maladie : A la suite d'un choc émotif il y a neuf mois, quelques excès de boisson et surtout abus de café; changement de l'humeur et du caractère qui devient irritable; cependant excellente activité utile. Depuis un mois environ violents accès d'agitation, irritabilité, menaces contre son entourage, nécessitant son internement.

Examen somatique : Asystolie, de 13 à 15 extrasystoles perceptibles par intermittence. Tension artérielle 13/9, urée 0,45 gr. par litre.

Certificat de 24 h. : Est atteint d'alcoolisme chronique, subexcitation psycomotrice; cardiopathie, arythmie.

Examen mental à l'entrée : Troubles du caractère, irritabilité, éléments confusionnels importants.

Traitement : Curéthyl, bévitine, sparto-camphre, digitaline dix gouttes du 12 au 17 juillet.

Sitôt après cette cure thérapeutique sédation totale de l'excitation, guérison de l'état confusionnel, malade calme, aimable et poli.

On permet alors au malade le lever et les sorties, mais dix jours après rechute de l'état confusionnel avec œdème des membres inférieurs qui nécessitent le repos au lit et une nouvelle cure de digitaline du 28 juillet au 2 août.

Même rechute fin août, cure de digitale du 31 août au 10 septembre. Depuis, le malade étant resté au lit, les œdèmes et les signes fonctionnels ont disparu parallèlement, l'état mental s'est complètement modifié, il n'y a plus de confusion, ni d'excitation ou d'irritabilité.

Critiques : Nous voyons que ce malade a été, en raison surtout de son état mental à l'entrée, pris pour un éthylique, mais, par la suite, l'évolution est venue rectifier le diagnostic et nous pensons qu'il s'agit vraiment là d'une folie cardiaque; ajoutons qu'actuellement le malade est toujours hospitalisé et que le traitement hygiéno-diédétique a permis d'éviter toute rechute.

Nous arrêterons là les observations des malades mitraux. Avant de voir les observations d'aortiques, nous ferons remarquer que parmi ces quinze observations nous n'avons retenu que sept fois le diagnostic de folie cardiaque.

Parmi ces sept observations nous avons deux cas de mélancolie (observations n° 7 et 10), un cas de manie simple (observation n° 11), un cas de manie confusionnelle (observation n° 14), un délire de persécution (observation n° 12) et deux cas de confusion mentale (observations n° 9 et 15).

II. — OBSERVATIONS DES MALADES ATTEINTS DE LESIONS AORTIQUES

OBSERVATION N° 16 (LAURENT)

Veuve de cinquante-cinq ans, illettrée, père alcoolique, a eu onze enfants, aucune maladie remarquable dans les antécédents; depuis un an quelques excès de boisson.

Gros choc affectif à la mort de son mari six ans auparavant : elle passe une nuit au cimetière sur la tombe de ce dernier où elle vit « de beaux messieurs apporter de belles couronnes »; quelque temps après délire absurde : elle n'a pas vingt ans; veut se marier; idées de richesse, manie du vol; la nuit hallucinations fréquentes, perte de mémoire: ne reconnaît pas ses enfants, n'en sait pas le nombre.

Signes physiques : Insuffisance aortique certaine, légère matité aux bases pulmonaires; œdème des membres inférieurs, ni sucre ni albumine, traitée par la digitale, la malade se montre tranquille, mange et dort bien, mais paraît exempte de toutes préoccupations, sans aucun sentiment affectif.

Critiques : l'étiologie émotionnelle est trop précise pour pouvoir accuser la cardiopathie, d'autre part, le syndrome mental ressemble plutôt à une démence post-confusionnelle.

Nous ne pouvons retenir cette observation comme folie cardiaque.

OBSERVATION N° 17 (REGIS)

Homme de cinquante-sept ans, famille arthritique et névropathique, lui-même rhumatisant et hémorroïdaire, très impressionnable, a toujours fait preuve d'hésitation.

Il y a sept ans, mélancolie anxieuse se traduisant par une bouffée violente de délire hallucinatoire systématisé à forme de paranoia aiguë qui guérit au bout d'un an.

Nouvelle crise identique neuf ans après, avec tendance impulsive au suicide, qui fut compliquée d'une longue période de confusion mentale.

Un an après, idées hypocondriaques systématisées.

Actuellement, thème délirant stéréotypé invariable : ne peut manger, sa nourriture va l'étouffer car son œsophage est « solidifié, métallisé »; ces mois derniers : mégalo-mélancolie (REGIS).

Signes physiques : Artério-sclérose généralisée et en particulier volumineuse dilatation aortique sensible à la percussion et à l'auscultation, par conséquent délire paracenesthésique à substratum somatique.

Critiques : On ne voit pas, dans cette observation, en quoi il s'agit de folie cardiaque, en effet, seule est signalée l'histoire mentale bien détaillée et la dilatation aortique, nous ne pouvons donc retenir ce cas.

OBSERVATION N° 18 (PETER)

« Dernièrement, je voyais en consultation une dame qui, dans les huit derniers jours d'une maladie cardioaortique (rétrécissement plus insuffisance aortique) et en proie à l'asthénie cardiovasculaire la plus intense, avec congestion et infiltration de toutes parts, avait chaque nuit des hallucinations, voyait un enfant auprès de son lit, conversait avec lui et se souvenait parfaitement pendant le jour de ses visions nocturnes sur la vanité desquelles elle n'était pas même alors complètement édifiée ».

Critiques : Cette observation est peu précise et vague. Cependant malgré les cas fréquents d'hallucination en dehors de toute étiologie cardiaque, nous pensons pouvoir retenir ici cette étiologie, PETER insistant beaucoup sur le parallélisme de ces deux ordres de troubles.

OBSERVATION N° 19 (ARMAINGAUD)

Homme de quarante-cinq ans, tempérament lymphatico-nerveux, plusieurs attaques de RAA antérieures.

Signes physiques : Rétrécissement et insuffisance aortique, hypertrophie considérable du cœur.

Caractère irritable, variable, capricieux, fantasque, véritables crises hystériques, qui ne surviennent qu'à la suite d'une station verticale prolongée.

Après une rupture de la compensation, une cure digitalique fit disparaître complètement les crises hystériformes pendant le traitement, mais nouvelles crises quelque temps après guéries par une nouvelle cure.

Critiques : Ne s'agit-il pas tout simplement de facteur émotionnel et d'auto-suggestion au moment de la cure digitalique ?

OBSERVATION N° 20 (ROULLAND)

Homme âgé de soixante-cinq ans, grand, sec, maigre, d'un caractère vif et impatient, vient consulter pour une petite toux sèche qui l'agace et le fatigue. Au cœur lésion aortique bien compensée, foie normal, pas d'œdème, les urines sont normales en quantité et qualité.

Puis, à l'occasion de signes fonctionnels cardiaques, le malade voit s'installer une claustrophobie très marquée avec idées de suicide passagères.

Critiques : On ne voit pas pourquoi ni comment on doit incriminer le cœur dans ce délire, il n'est fait dans l'observation aucun état de l'évolution des symptômes psychiques et somatiques.

Nous n'avons pu recueillir d'autre observation de troubles mentaux chez des artériels.

Nous voyons que parmi ces cinq cas nous ne pouvons, à la rigueur, retenir que l'observation n° 18 : les seuls troubles mentaux consistaient en hallucinations.

Il nous a paru intéressant de transcrire encore quelques observations de troubles mentaux chez des cardiaques difficiles à classer nettement dans telle ou telle catégorie, c'est pourquoi nous les réunissons maintenant dans le but surtout de prouver la grande diversité des symptômes mentaux que l'on peut observer chez les cardiaques.

III. — OBSERVATIONS DE CARDIAQUES DIVERS

OBSERVATION N° 21 (ARMAINGAUD)

Rétrécissement aortique et insuffisance mitrale.

Homme de trente-quatre ans, tempérament lymphatico-nerveux, a toujours été très impressionnable; deux attaques de rhumatisme antérieures.

S'étant traité et amélioré par une hygiène convenable, cet homme se marie; il était dans un état satisfaisant lorsqu'il reprend sa première vie : bals, soirées, etc...; les palpitations, les oppressions le reprennent avec vertiges, éblouissements, dès qu'il est debout pendant dix minutes, en outre, affaiblissement notable de la mémoire.

Après un choc émotif, ce malade présente des crises convulsives hystériques. Cet état rétrocède à des injections de morphine.

Critiques : Phénomène hystérique d'origine émotionnelle chez un cardiaque et non folie cardiaque.

OBSERVATION N° 22 (« Der Nervenarzt », 1940, n° 6)

Observation d'une malade atteinte d'une affection cardiaque au cours de son enfance et qui, tout le reste de son existence, présenta des accidents subaigus de défaillance cardiaque. A vingt ans, trouble du caractère progressivement croissant qui nécessite son admission dans un asile avec le diagnostic de schyzophrénie. Il n'y avait alors aucune modification des troubles cardiaques; la malade demeure internée une vingtaine d'années sans la moindre amélioration de son état mental; la mort survient sans cause précise.

L'examen anatomique révéla des lésions cardiaques anciennes siégeant au maximum sur la valvule mitrale et expliquant les troubles cardiaques, mais il existait en outre des lésions cérébrales étendues et diffuses consistant essentiellement en plaques de demyelinisation cortico-sous-corticales d'origine vasculaire très nette.

Critiques : Cette observation où il s'agit vraisemblablement d'une démence précoce chez une cardiaque, n'a d'intérêt que par les problèmes pathogéniques qu'elle soulève comme nous l'avons vu par ailleurs.

OBSERVATION N° 23 (PITOIS)

Femme de soixante-deux ans, qui a fait déjà de très nombreux séjours à l'hôpital pour accidents et troubles fonctionnels de myocardite chronique. Lors de la dernière hospitalisation, l'état physique s'est nettement aggravé et se manifestent pour la première fois des troubles mentaux.

Etat mental : Comportement bizarre à l'hôpital; actes absurdes et incohérents : elle a griffonné sur sa feuille de température une sorte de lettre à des parents, elle prétend que c'est son contrat de mariage. Ce délire est beaucoup plus accusé lors d'une aggravation de l'état cardiaque.

Critiques : L'auteur a insisté sur l'apparition de troubles mentaux lors d'une poussée cardiaque et le parallélisme des exacerbations cardiaques et mentales, mais nous ne pouvons admettre le cas comme une folie cardiaque certaine.

OBSERVATION N° 24 (SANCEROTTE)

Officier retraité de cinquantehuit ans, qui succomba à une hydropisie générale succédant à une lésion organique du cœur qui s'était révélée depuis longtemps par les signes propres à l'hypertrophie avec dilatation des ventricules. A plusieurs reprises il a eu des exacerbations assez violentes dans sa maladie de cœur qui s'accompagnaient deux ou trois ans avant sa mort d'un dérangement des facultés intellectuelles se manifestant toujours avec le redoublement des palpitations, de l'oppression et se dissipant avec eux.

En se rendant maître de ces accidents, on rendait à l'intelligence sa lucidité ordinaire.

Ces troubles mentaux étaient un délire mégalo-maniaque avec idées de mission.

Critiques : Le parallélisme des signes physiques et psychiques étant bien souligné dans cette observation par ailleurs assez vague, nous pensons pouvoir admettre ici l'étiologie cardiaque de cette psychose.

OBSERVATION N° 25 (CHARCELLAY)

Femme de cinquante ans, sans disposition héréditaire à la folie, mariée à vingt-deux ans, deux fausses-couches, huit enfants.

Pendant la deuxième grossesse, maux de tête et vertiges accompagnés de délire qui disparurent après l'accouchement. Depuis vingt mois est sur son retour d'âge.

Elle se figure avoir avalé des araignées qui se promenaient à la surface d'une fontaine à laquelle elle a bu trois mois auparavant.

Son agitation la fit interner pour délire hallucinatoire cenesto-pathique de persécution.

Au cœur légère hypertrophie avec souffle au premier temps. Traitée par la digitale, ces symptômes vont en décroissant et bientôt la malade redevient calme, gaie, expansive, reconnaissante. Une nouvelle rechute avec palpitations. Le traitement amène à nouveau la convalescence.

Critiques : Une fois de plus cette observation n'est pas suffisamment probante et on ne peut encore que noter la concomitance des troubles psychiques et cardiaques qui sont d'ailleurs mal précisés ici.

De ces cinq dernières observations de cardiaques divers, nous ne pouvons retenir qu'un seul cas où l'étiologie cardiaque est nette (n° 24) : il s'agit d'un état mégalo-maniaque avec idée de mission.

CONCLUSIONS

Nous voilà donc arrivés au terme de notre ouvrage et il importe maintenant de conclure.

De la lecture de ces nombreuses observations publiées à propos de la folie cardiaque, que pouvons-nous tirer ?

Tout d'abord et en premier lieu que, sur vingt-cinq observations à propos desquelles les anciens auteurs avaient porté le diagnostic de folie cardiaque, notre définition de ce titre ne nous permet d'en retenir que neuf cas.

Ce qui prouve la grande rareté de ce syndrome à l'état pur. Ceci tient, à notre avis, uniquement à la grande difficulté que l'on rencontre à reconnaître une étiologie purement cardiaque à une psychose. Le plus souvent, en effet, il y a autre chose; les troubles cardiaques peuvent ou non se surajouter, mais il sera exceptionnel de les trouver à l'état isolé.

Nous ne nierons pas néanmoins le cachet spécial que peut donner l'état du cœur à la psychose, mais nous ne devons pas alors, à notre avis, parler de folie cardiaque.

Deuxièmement, si nous avons recueilli de nombreuses observations, c'est à dessein : nous voulions montrer la grande variété d'aspect des troubles mentaux décrits sous le terme de folie cardiaque. Et même si l'on veut ne conserver que les neuf cas que nous avons retenus, nous trouvons :

Deux cas de mélancolie;
Un cas de manie simple;
Un cas de manie confusionnelle;
Un cas de délire de persécution;
Un cas de délire mégalo-maniaque, avec idée de mission;
Deux cas de confusion mentale;
Un cas d'hallucination nocturne.

Nous voyons donc qu'il est impossible d'isoler une entité clinique chez les cardiaques au point de vue mental.

Nous voyons, par ailleurs, aussi que les hypothèses formulées lors de notre étude du fond mental des cardiaques

ne sont pas vérifiées, il nous semble donc qu'on puisse aussi rejeter l'idée d'un état mental spécial aux cardiaques excepté peut-être l'hyperémotivité.

Mais si nous rejetons l'idée d'un état mental commun à tous les cardiaques, nous ne pouvons nier l'influence propre de l'état mental de chaque cardiaque sur le développement éventuel de la psychose. De même que nous ne pouvons nier l'influence de l'état cardiaque sur la psychose.

Il y a interéaction certaine, mais le plus souvent on ne peut savoir lequel est cause ou effet : le cœur ou le cerveau ?

RÉSUMÉ

1) Dans le cours des maladies du cœur, il peut se produire des troubles psychiques, qu'il est impossible de rattacher à une autre cause, qu'à ces dernières maladies.

L'observation de tels cas est exceptionnelle.

2) Ces troubles psychiques sont très variables suivant l'état mental de chaque malade en particulier, à tel point qu'on ne peut parler de folie cardiaque qu'à condition de conserver au terme de folie une définition vague et imprécise englobant n'importe quelle psychose; c'est-à-dire : n'importe quel syndrome classique auquel on ne pourra reconnaître aucune autre étiologie qu'une maladie du cœur.

Le Président de Thèse,
MERIEL.

VU : Le Doyen,
Ch. LEFEBVRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Toulouse, le 16 Octobre 1951.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

M. BACHET. — Troubles mentaux et cardiopathies. (**Journal de Méd. et Chir.,** n° 118, septembre 1947.)

G. BALLET. — Traité de pathologie mentale, 1903.

BARIE. — Traité pratique des maladies du cœur, 1896.

BIGNON. — Accidents cérébraux et particulièrement psychiques dans les maladies chroniques du cœur. (**Thèse Paris,** 1880.)

CESBRON. — Congestion et anémie cérébrale dans les maladies du cœur, 1878.

D'ASTROS. — Essais sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques. (**Thèse Paris,** 1881.)

EDGERLEY. — Condition du système circulatoire chez les aliénés. (**Annales Méd.-Psych.,** 1899, II.)

FAUCONNEAU. — De la folie d'origine cardiaque. (**Paris,** 1890.)

FOURNIER. — La psychologie des cardiaques. (**J. des Praticiens,** mars 1936.)

HUCHARD. — Le cerveau cardiaque. (**Bulletin médical,** 1891.)

LAUBRY. — Traité de pathologie interne.

LAURENT. — Du délire dans les maladies du cœur (**Thèse Lyon,** 1884.)

MURRATTE. — Troubles psychiques de l'asystolie. (**Thèse Paris,** 1880.)

PAILLASSE, FEUILLADE et COLAS. — Cardiopathie et psychose. (**La Presse Médicale,** n° 45.)

PARANT. — La folie chez les cardiaques. (**Annales Méd.-Psych.,** 1889.)

PITOIS. — Etude générale de l'état psychique chez les cardiaques. (**Thèse Lyon,** 1906.)

SCHERRER et DEVALLET. — Un cas de psychose cardiaque. (**Annales Méd.-Psych.,** juin 1939.)

SCHOTTKY. — Une psychose chronique grave après endocardite. (**Der Nervenarzt,** 1940, n° 6.)

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION 13

Chapitre premier :

HISTORIQUE 15

Chapitre II :

DELIMITATION ET DEFINITION DE LA FOLIE CARDIAQUE. 17

Chapitre III :

LE CŒUR ET LE CERVEAU..... 19

Chapitre IV :

ETAT MENTAL DES CARDIAQUES..... 23

Chapitre V :

ETUDE DES OBSERVATIONS 29

CONCLUSIONS. : 43

RESUME. 45